
**SUULLISEN RAPORTOINNIN SISÄLLÖN
KEHITTÄMINEN AKUUTILLE
KUNTOUTUSOSASTOLLE**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, syksy 2016

Anne Kanerva

Essi Rantasalo

Anne Kanerva

Essi Rantasalo



FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijä	Kanerva Anne & Rantasalo Essi	Vuosi 2016
Työn nimi	Suullisen raportoinnin sisällön kehittäminen akuutille kuntoutusosastolle	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sisällöllinen ohje suulliseen raportointiin akuutille kuntoutusosastolle. Työn tavoitteena oli suullisen raportoinnin kehittäminen siten, että potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus toteutuvat. Toimeksiantajana opinnäytetyölle oli akuutti kuntoutusosasto, jonka käyttöön ohje luovutetaan.

Suullinen raportointi on tavanomaisin käytäntö hoitotyössä. Näin tieto saadaan luotettavasti siirrettyä työvuorosta toiseen. Potilasturvallisuuden näkökulmasta hoitotyön laatuun voidaan vaikuttaa merkittävästi yhdenmukaistamalla raportointikäytäntöjä. Tällöin myös haittatapahtumien määrää saadaan vähennettyä. Käytäntöjen yhdenmukaistamisen avuksi luotiin tarkistuslista. Tämä lista antaa raportoinnille rakenteen.

Työ toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä työelämälähtöisesti. Tieto haettiin aiemmin tehdyistä tutkimuksista ja alan kirjallisuudesta. Osaston henkilökunnan näkemyksiä raportoinnin nykytilasta kartoitettiin avoimella kirjallisella kyselyllä. Kyselyn tulosten ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta laadittiin yleisohje suullisen raportoinnin tueksi sekä tarkistuslista.

Työn tuotoksena syntyi osaston tarpeisiin mukautettu raportoinnille rakenteen antava tarkistuslista. Tämän listan mukaisesti suullinen raportointi etenee johdonmukaisesti, parantaen potilasturvallisuutta ja takaamalla hoidon jatkuvuuden. Hoitotyössä tarvittava tieto siirtyy luotettavasti työvuorosta toiseen.

Myöhemmässä vaiheessa voitaisiin selvittää henkilökunnan kokemuksia suullisen raportoinnin kehittymisestä ohjeistuksen myötä.

Avainsanat raportointi, potilasturvallisuus, hoitotyö, jatkuvuus, ISBAR-menetelmä

Sivut 24 s. + liitteet 4 s.

FORSSA

Degree Programme in nursing

Registered nurse

Author

Kanerva Anne & Rantasalo Essi

Year 2016

Subject of Bachelor's thesis

Developing of oral reporting content in acute rehabilitation unit

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to produce a good instruction to oral reporting for an acute rehabilitation unit. The target of this work was to develop the oral reporting so that patient safety and continuity of the care is realized. The client of this thesis was Loimaa hospital, acute rehabilitation unit three, which will have the instruction in use.

Oral reporting is the most common practice in care work, in which information is reliably transferred from one shift to another. From the patient safety's point of view, the quality of care work can be influenced significantly by unifying the oral reporting practice. Thereby the adverse events can be reduced. The checklist was produced to help unifying practices. This list will give structure to reporting.

The thesis was executed as a functional work oriented thesis. The material was collected from reliable sources and fields of literature. An open query was made to the rehabilitation unit's staff, where the current status of oral reporting was scanned. Combining the theory of knowledge and the staff's query, enough information was gathered for a precept and a checklist.

As a result of this work, a custom made checklist that gives structure to oral reporting was made for this unit. Based on this checklist, the oral reporting is consistent, improving patient safety and ensuring continuity of care work. The necessary data was transferred reliably in nursing from one shift to another.

A further research topic could be clarifying if oral reporting has improved with the instruction that was made.

Keywords reporting, patient safety, nursing, continuity, ISBAR method

Pages 24 p. + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	YKSIKÖN KUVAUS.....	2
3	HOIDON TURVALLISUUS JA JATKUVUUS	3
3.1	Potilasturvallisuus hoitotyössä	3
3.2	Hoidon jatkuvuus	4
4	HOITOTYÖN RAPORTOINTI.....	4
4.1	Suullinen raportointi.....	5
4.2	Kirjallinen eli hiljainen raportointi.....	6
4.3	Vuoteenvierusraportti.....	6
4.4	ISBAR menetelmänä.....	7
4.4.1	ISBARIN rakenne	7
4.4.2	ISBARIN käyttö	9
4.5	Suullisen viestinnän merkitys raportoinnissa.....	9
4.6	Kirjaamisen merkitys raportoinnissa.....	10
4.7	Raportoinnin kehittäminen.....	10
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	12
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	12
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	12
6.2	Tiedonhaku.....	13
6.3	Kyselyn toteutus ja tulokset	13
6.4	Tuotos.....	15
7	POHDINTA.....	18
7.1	Opinnäytetyön prosessi	18
7.2	Raportoinnin kehittäminen ja oma kehittyminen	19
7.3	Kehittämisehdotukset	20
	LÄHTEET	21

Liite 1	Saatekirje osastolle
Liite 2	Kysymyslomake
Liite 3	Yleisiä ohjeita raportointiin
Liite 4	Tarkistuslista raportointiin

1 JOHDANTO

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa suulliseen raportointiin sisällöllinen ohje, jota voidaan hyödyntää akuutilla kuntoutusosastolla. Suullinen raportointi on vallitsevin raportointimuoto hoitotyössä (Hoffren, Huovinen & Mykkänen 2011, 64). Yhtenäisen raportointisisällön löytämisellä mahdollistetaan osaston raportointikäytäntöjen kehittämisen. Laadukas ja ytimekäs raportointi takaa hoidon laadun ja turvallisuuden. Hoitotyössä raportointeja pidetään työvuorojen vaihtuessa, aamulla (aamuraportti), päivällä (iltaraportti) ja illalla (yöraportti). Turvallisen hoidon perustana on tiedon siirtyminen työvuorosta toiseen. Tieto siirtyy sekä suullisesti raportilla että kirjallisesti sähköisen potilastietojärjestelmän kautta.

Kokonaisvaltaiseen hoitoon terveydenhuollossa kuuluu moniammatillinen henkilökunta ja heidän välillään hyvin toimiva yhteistyö, jossa tärkeä osa on hoidon jatkuvuuden toteuttaminen. Yksi hoidon jatkuvuuteen vaikuttava asia on raportointi. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen hoitotyössä tapahtuu suullisella tiedonsiirrolla, jota kutsutaan aktiiviseksi tiedonsiirroksi. (Komi & Tapanainen 2009.) Hoitotyössä jatkuvuus merkitsee sitä, että potilaan hoitajakson aikana hoitoon tarvittava oikea-aikainen tieto siirtyy muuttumattomana työvuorosta toiseen ja hoitajalta toiselle. Jatkuvuutta kuvaa myös se, miten tarkasti ja asiallisesti kirjaukset tehdään potilastietojärjestelmään. (Eloranta 2006.)

Toiminnan terveydenhuollon alaisuudessa on oltava laadukasta ja turvallista sekä asianmukaisesti toteutettua. Toiminnan on oltava näyttöön perustuvaa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:8 §.) Yksi tärkeimmistä lähtökohdista on potilasturvallisuus, jota pyritään edistämään parhaalla mahdollisella tavalla (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist, 2013, 16). Potilasturvallisuudella tarkoitetaan periaatteita ja toimintoja, joilla taataan hoidon turvallisuus. Hoidon turvallisuutta on oikealle potilaalle oikealla tavalla annettu oikeanlainen hoito. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Nykypäivänä potilaiden hoito on monivaiheista ja vaativaa. Tutkimusten mukaan noin 10 prosenttia potilaista saattaa vahingoittua hoidon aikana. Näistä haittatapahtumista jopa puolet olisi ehkäistävissä. Potilasturvallisuus tulee huomioida kaikissa potilaan hoitoon liittyvissä tapahtumissa. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 13.) Laadukkaaseen ja turvalliseen hoitoon kuuluu myös asianmukaisesti toimitettu raportointi.

2 YKSIKÖN KUVAUS

Loimaan kaupungissa on viime vuosien aikana tehty muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa. Vuosien 2015–2016 vaihteessa toteutetut muutokset koskivat Turun Yliopistollisen Keskussairaalan (TYKS) Loimaan sairaalan vuodeosastoja ja Loimaan terveystieteiden hoito-osastoa. Muutosten taustalla oli Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin aikeet lakkauttaa Loimaan sairaalan erikoissairaanhoidon osastopaikat. Tällöin Loimaan kaupunki halusi osaltaan auttaa ja säilyttää osastot liittämällä ne alaisuuteensa. Muutosten myötä Loimaan hoito-osaston nimi muuttui Loimaan akuutti kuntoutusosasto kolmeksi. Kaupungin alaisuuteen siirtyivät myös TYKS:n Loimaan sairaalan sisätautiosasto 1, nykyään akuutti kuntoutusosasto 1 ja kirurginen osasto, joka nyt on akuutti kuntoutusosasto 2. Toisena vaikuttavana syynä oli erikoissairaanhoidon kustannusten alentaminen. Lisäksi Loimaan kaupunki halusi säilyttää työpaikat paikkakunnalla. Tulevaisuuteen katsoen tällä ennakoitiin SOTE-uudistusta. (Sole Norri, haastattelu 28.10.2016.)

Akuutin kuntoutusosasto kolmen muutos on tapahtunut potilaspaikkojen vähentymisenä 27 paikasta 22 paikkaan. Osaston yhteydessä aloitti muutoksen myötä myös kotisairaala, jolle on varattu viisi sairaansijaa. (Loimaa 2016.) Sairaanhoitajien määrä osastolla on lisääntynyt, kun taas lähihoitajien paikkoja on vähennetty muutamalla. Sairaanhoitajat pitävät suullisen raportin työvuorojen vaihtuessa.

Hoidon periaatteet pysyivät muutoksen jälkeen kutakuinkin samoina. Potilaille tarjotaan terveystieteiden osastoista yleissairauksien jatkohoitoa, kuntoutusta ja saattohoitoa. Hoidon tavoitteena on toimintakyvyn säilyttäminen, kohottaminen ja kotiuttaminen. (Loimaa 2016.) Henkilökuntaan kuuluvat sairaanhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit ja geriatri sekä laitoshuoltajat. Jokaisella edellä mainitulla henkilökuntaryhmällä on omat tarpeensa raportoinnissa.

Nykyisenä raportointikäytäntönä on ainoastaan suullinen raportointi työvuorojen vaihtuessa aamulla, päivällä ja illalla, sekä niin sanottu kiertoraportti lääkärinkierron jälkeen aamuvuorossa. Suullinen raportointi annetaan tukeutuen potilastietojärjestelmään, jonne on kirjattu potilaan hoitotiedot rakenteellisen kirjaamismallin mukaan. Suullisen raportoinnin tukena raporttia vastaanottaville hoitajille annetaan kirjallinen potilaspaikkalomake, josta käy ilmi potilaan perustiedot (nimi, ikä, yleisimmät diagnoosit, liikkumiskyky, ruokavalio). Työvuoroaan päättävä hoitaja päivittää lomakkeen, joka tulostetaan raporttia varten jokaiselle hoitajalle.

Osasto on jaettu kahteen moduuliin, joissa molemmissa toimii vastaava sairaanhoitaja, joka antaa suullisen raportin työvuorojen vaihtuessa. Aamulla raportointi tapahtuu omissa moduuleissa, kun taas ilta- ja yövuoroon tulevat hoitajat saavat raportin koko osastosta.

3 HOIDON TURVALLISUUS JA JATKUVUUS

Hoidon turvallisuudessa tärkein osa on luotettava ja katkeamaton tiedon siirtyminen (Ahonen, ym. 2012, 44). Raportointi eli viestintä, on tärkeä keino potilaan hoidon kannalta välttämättömien tietojen siirtämisessä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 26–27). Suullinen raportointi on hoitotyössä yksi työvälaineistä, jolla on vaikutusta työn laatuun sekä tavoitteiden saavuttamiseen, mikä näkyy osana potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuutta heikentävänä uhkatekijänä nähdään kielelliset yhteisymmärrystä herättävät ongelmat. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 293–294.)

Kirjaamisella on suuri merkitys suulliseen raportointiin. Hyvällä ja yhdenmukaisella kirjaamisella tarkoitetaan hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista, jossa on määritelty hoidon tarve, toiminnot, hoitoisuus, tulokset ja yhteenveto toteutuneesta hoidosta. Tällä tavoin edistetään hoitotyön jatkuvuutta, tiedon saantia ja varmistetaan hoidon toteutuminen turvallisesti. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2009, 129.) Kun suullinen raportti etenee tietyssä loogisessa järjestyksessä, auttaa se vastaanottajia hahmottamaan ja prosessoimaan saamaansa tietoa (Komi & Tapanainen 2009).

3.1 Potilasturvallisuus hoitotyössä

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua. Tavoitteena on, että potilaalle ei koidu hoidossa olon aikana hoitoon kuulumatonta haittaa tai vaaraa. Potilasturvallisuus potilaan edun mukaisesti tarkoittaa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2014.) Perustekijänä laadukkaassa ja turvallisessa hoidon toteutuksessa on tiedonkulku (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen. 2011, 63–72).

Potilasturvallisuuteen kuuluu myös monia lakeja ja asetuksia, joiden mukaan potilaan hoitoa tulisi laadullisesti toteuttaa. Potilasturvallisuuskäsite pitää sisällään hoidon turvallisuuden sekä laite- ja lääkehoidon turvallisuuden. Suomen lainsäädännön tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta. Keskeisiä potilasturvallisuuteen liittyviä lakeja ovat muun muassa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), Potilasvahinkolaki (585/1986), Lääkelaki (395/1987), Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) ja Terveidenhuoltolaki (1326/2010). (Helovu, ym. 2011, 38–40.)

Potilasturvallisuuteen vaikuttavat prosessit ja toimintatavat. Prosessien selkeyttäminen ja tiedonkulun yhtenäistäminen lisäävät toiminnan tehokkuutta sekä potilasturvallisuutta. Fyysisen ympäristön tulee olla turvallinen potilaiden, omaisten ja henkilökunnan kannalta, tätä tulee valvoa ja tarkastaa säännöllisesti. Laitteet ja tarvikkeet tulee olla toimintakunnossa ja käyttökelpoisia. Niiden tarkoituksena on hoitaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla ja niitä on helppo käyttää turvallisesti. Dokumentointi ja tiedonkulku, antavat pohjan potilasturvallisuusriskien hallinnalle. Se toimii ammattilaisten työvälaineena, selkeän dokumentoinnin avulla tiedonkulku varmistetaan. (Helovu, ym. 2011, 63–72.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organisation) vuonna 2006 käynnistämän projektin tiimoilta on kiinnitetty huomiota viiteen potilasturvallisuuden osa-alueeseen, joista yksi on raportointi. Projektille asetettujen tavoitteiden saavuttaminen tarjoaa arvokkaita kokemuksia ja uutta tietoa maailmaanlaajuisesti potilasturvallisuudesta. (WHO 2012.) Potilasturvallisuutta pyritään jatkuvasti vahvistamaan kouluttamalla henkilökuntaa tutkimustietoon perustuvan hoidon mukaan (Kaila, Niemi-Murola & Kauppi 2014, 1739).

3.2 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuuden määritelmänä voidaan pitää sitä, että potilaan kanssa tehtyjä sopimuksia ja hoitosuunnitelmaa noudatetaan jatkuvuuden turvaamiseksi. Jatkuvuutta merkitsee myös se, että potilas on jatkuvasti tietoinen tilanteestaan. (Eloranta 2012.) Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa sitouttaa häntä omaan hoitoonsa.

Potilaan hoitotiedot moniammattilaisten kirjaamina muodostavat sähköisen potilastietojärjestelmän. Tämä tukee potilaan hoitoa, terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä ja turvaa potilaan hoidon jatkuvuuden. (Saranto, ym. 2009, 129.) Saumattomalla ja luotettavalla tiedonsiirrolla on tärkeä osa hoidon jatkuvuuden turvaamisessa (Ahonen ym. 2012, 44). Hoitotyöntekijöille hoidon jatkuvuus merkitsee luotettavan, ajantasaisen tiedon saamista potilaasta. Hyvä kirjaaminen näkyy luottamuksena potilassuhteessa sekä suhteessa omaisiin. Potilaan tilanteen arvioiminen on tärkeä osa hoitotyötä ja hyvällä kirjaamisella pystytään vaikuttamaan siihen, miten potilasta hoidetaan. (Ahonen ym. 2012, 48–50.)

4 HOITOTYÖN RAPORTOINTI

Raportointi on potilaasta annettavan tiedon siirtoa, joka välittyy terveydenhuollon ammattihenkilöiden kesken, organisaation sisällä sekä eri organisaatioiden välillä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 26–27). Työyhteisön sisällä tulee olla yhtenäiset keinot tiedon jakamisesta potilaan hoitoketjussa toimivien toimijoiden kesken. Ongelmat kommunikoinnissa myötävaikuttavat noin 65 prosenttiin haattatapahtumista. (Helovuori ym. 2011, 72.)

Raportointiin kuluu hoitotyössä paljon aikaa. Raportin kestoon vaikuttavat potilasmäärä, potilaiden hoitoisuus ja raportin antaja. Vapaapäiviltä palautuvien hoitajien tiedon tarve pidentää myös raportointiaikaa. Osaston toimintaa suunnitellaan paljon raportoinnin mukaan. Työvuoroaan aloittavien ja lopettavien hoitajien työajat menevät osittain päällekkäin, jotta raportointi onnistuu. (Ruuskanen 2007.)

Tavallisimmat raportointimuodot hoitotyössä ovat suullinen raportointi, jossa tieto siirtyy hoitajalta hoitajalle suullisesti. Kirjallinen eli hiljainen raportti perustuu potilaan hoitokertomukseen, joka noudattaa kirjallisten dokumenttien laatimiseen annettuja lakeja ja asetuksia. (Komi & Tapanai-

nen 2009.) Vuoteenvierusraportti annetaan sanan mukaisesti potilaan vuoteen vierellä (Hoffrén, Huovinen & Mykkänen 2011).

4.1 Suullinen raportointi

Hoitotyössä tavanomaisin raportointimuoto on suullinen raportointi, jolla tiedon kulku välittyy hoitajalta toiselle työvuorojen vaihtuessa aamu-, iltaja yövuoroon. Lisäksi osastolla voidaan pitää työvuoromalliin sopivana moduulien sisällä tiedotustilaisuus eli lyhyt raportti lääkärin kierron jälkeen. Suullisen raportin antaa yleensä vastuuhoitaja ja raportin vastaanottaa useampi henkilö työvuoroon tullessaan. Raportin vastaanottajilta edellytetään läsnäoloa, jolloin läsnä ovat ne henkilöt, jotka kuuluvat potilaan hoitoon. Tämän tarkoituksena on taata potilaiden turvallisuus ja hoidon jatkuvuus. (Saranto, ym. 2008, 158–160.)

Raportin aikana vastaanottajat tekevät yleensä itselleen muistiinpanoja asioista, joita tarvitsevat työvuoron aikana, jotta hoidon jatkuvuus on katkeamatonta. Suullisen raportin aikana on myös mahdollista käyttää työnohjauksellista näkökulmaa, jolloin hoitohenkilökunnan kollegiaalisen keskustelun myötä käydään läpi potilaan hoitoa. Raportointitilaisuudessa voidaan ilmoittaa yleisistä asioista ja perehdyttää opiskelijoita sekä uusia työntekijöitä. (Rautava-Nurmi, ym. 2016, 52.)

Raportointi on suullista tiedottamista, jolla kuvataan potilaan tilaa (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 124). Tässä korostuu erityisesti potilaan hoidon tilanne, hoidon jatkuvuus, sekä yhteistyö potilaan ja hänen omaisten kanssa (Saranto, ym. 2008, 158–160). Päivittäiseen raportointitilanteeseen vaikuttaa käytettävän tilan rauhallisuus, jota ei turhilla keskeytyksillä häiritä (Hoffrén ym. 2011, 64; Nursetogether 2012).

Suullinen raportointi pohjautuu kirjallisesti tehtyihin potilaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin (Ruuskanen 2007). Suullista raportointia toteutetaan kirjatun tiedon perusteella. Suullisessa raportoinnissa pyritään tuomaan esille hoidon toteutuksessa tärkeimmät asiat. (Lukkari, ym. 2010, 124.) Asiallisesti pidetty raportti pitää sisällään tietoa potilaan lääketieteellisestä diagnoosista sekä tehtävistä, jotka edeltävä työvuoro on tehnyt tai jotka tuleva vuoro toteuttaa (Komi & Tapanainen 2009).

Potilaan tilasta tiedottamisen tulee vastata hänestä tehtyjä hoitomerkinlöjä. Raportointitilanteessa vapaamuotoisesti kirjattu teksti saattaa aiheuttaa sen, että suullinen tiedottaminen keskittyy seikkoihin, jotka eivät kuulu potilaan hoitoon. Hoitajien raportoidessa kirjaamattomista potilaan hoitoon vaikuttavista tekijöistä tiedot ovat irrallisia ja epäluotettavia. Saranto, ym. ovat kirjassaan tutustuneet erinäisiin tutkimuksiin, joiden mukaan jopa 50 prosenttia raportoinnin sisällöstä ei vastaa varsinaista potilaan tilan käsittelyä. (Saranto ym. 2008, 161–162.)

Ruuskanen (2007) toteaa tutkimuksessaan, että suullinen raportointi ei ole muuttunut riittävästi kehittyneen ja muuttuneen hoitotyön mukana. Raportointi ei enää nykyisin palvele samalla tavalla kuin ennen, joten muutokseen on päästävä mukaan raportointia kehittämällä.

4.2 Kirjallinen eli hiljainen raportointi

Kirjallinen raportointi on kirjallista tiedonvälitystä. Tällöin työvuoroon tulevat hoitotyön tekijät lukevat potilaiden tiedot sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Lukijan on kyettävä luottamaan siihen, että kirjaaja on kirjannut oleelliset tiedot huolellisesti, tarkasti ja vastuullisesti. Kirjallisella raportoinnilla on koettu olevan vaikutusta siihen, että hoitajien aikaa säästyy välittömään hoitotyöhön ja potilastietojen dokumentoinnista on tullut laadukkaampaa. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 52.) Lukemisen jälkeen vuoroon tulleella hoitajalla on vielä mahdollisuus suulliseen tarkentamiseen edellisen vuoron hoitajalta. Epäselvät ja kiireelliset asiat puhutaan ääneen. (Laukkanen, Lehti, Hassinen & Hupli 2012, 12.)

Kirjallisen raportoinnin edellytyksenä on potilastietojen selkeä ja yhtenäinen kirjaaminen. Tällöin tekstin lukija löytää helposti tarvitsemansa tiedon. Nykyisin käytössä olevan rakenteisen kirjaamisen avulla voidaan edistää potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. (Saranto ym. 2008, 157.) Jokaisella hoitajalla on yksilölliset tarpeet tiedonsaannissa ja hiljaisella raportoinnilla kyetään vastaamaan siihen. Monta päivää töitä tehnyt ei tarvitse niin perusteellista raporttia kuin vapaapäiviltä tullut, joten jokainen voi lukea tarpeelliseksi kokemansa tiedon hiljaisesti. (Laukkanen ym. 2012, 14.)

Hoitotyön kirjaaminen perustuu Maailman terveysjärjestön WHO:n malliin. Tässä kansallisen hoitotyön kirjaamisen mallissa tulee esille hoitotyön prosessi ja päätöksentekovaiheet, sekä hoitotyön ydintiedot. Ydintiedot kuvataan FinCC-luokituskokonaisuuden avulla, joka on kaikille yhtenäinen ja jossa on hoidon tarve- ja hoitotyön toimintaluokat. Toimintaluokissa on 17 eri komponenttia, joilla jokaisella on omat pää- ja alaluokat. To-teutuksessa tulee olla monitieteistä tietoa ihmisestä, hänen terveydestään, ympäristöstään ja kaikista hoitotyön hoitotoimenpiteistä. Systemaattisella kirjauksella tarkoitetaan, että on yhtenäisesti sovittu, mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). (Hoffrén, ym. 2011, 3–4.)

Ruuskasen (2007) tutkimuksen tulosten mukaan hiljaisessa raportoinnissa kirjattavaa on enemmän, jolloin turhan tiedon kirjaaminen lisääntyy. Kii-reessä ei ole aikaa miettiä kirjaamisen sisältöä, joten kirjataan kaikki mahdollinen. Liiasta tekstimäärästä on vaikea hahmottaa oleellinen, hoitoon vaikuttava tieto.

4.3 Vuoteenvierusraportti

Vuoteenvierusraportilla tarkoitetaan nimensä mukaan potilaan vuoteen vierellä annettavaa raporttia, jonka antaa työvuoroaan lopetteleva hoitaja seuraavaan vuoroon tulevalle hoitajalle. Etuna on, että raportin saava hoitaja pystyy heti luomaan ajantasaisen kuvan potilaan tilasta ja tiedustelemaan vointia potilaalta itseltään. (Hoffrén ym. 2011, 8.) Vuoteen vierellä annettavassa raportissa korostuu potilaskeskeisyys ja potilas pystyy osallistumaan omaan hoitoonsa. Potilaan kannalta on tärkeää, että käytettävissä oleva kieli on asultaan sellaista, että myös potilas sen ymmärtää. Potilas voi tilanteessa myös saada yksilöllistä ohjausta. (Rautava-Nurmi ym.

2016, 52.) Toisaalta hoitajien mielestä on hankalaa puhua potilaan aikana hänen asioistaan (Ruuskanen 2007).

Potilaan hoito on kyettävä järjestämään niin, että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:3 §). Vuoteen vierellä annettavan raportin haittapuolena on, että samassa huoneessa olevat potilaat saattavat kuulla heille kuulumattomia asioita. Potilaan tietoja tulee käsitellä niin, ettei niitä joudu ulkopuolisten tietoon. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 151–152.)

4.4 ISBAR menetelmänä

ISBAR, josta kansainvälisessä kielessä käytetään lyhennettä SBAR, on aikoinaan ollut Yhdysvaltain armeijan laivastossa tapa raportoida vuoron vaihtuessa. Tämä tapa on valikoitunut terveydenhuollon käyttöön 2000-luvun alkupuolella Yhdysvalloissa. (Tamminen & Metsävainio 2015, 340.) Tämän jälkeen menetelmää on pikkuhiljaa otettu käyttöön laajalti terveydenhuollon piirissä, koska sen koetaan lisäävän tarkkuutta ja tehokkuutta kommunikoinnissa (Vardaman, Cornell, Gondo, Amis, Townsend-Gervis & Thetford 2012, 90).

ISBARia, strukturoitua raportointimallia, voidaan käyttää kaikissa terveydenhuollon yksiköissä kaikkien ammattiryhmien kesken. Menetelmä on muokattavissa jokaisen osaston käyttöön sopivaksi. (Kupari 2012.) Haig, ym. (2006) tutkimuksessa todetaan, että ISBAR-menetelmän käyttöönoton jälkeen haittatapahtumat ovat vähentyneet ja potilasturvallisuus on parantunut. Käyttämällä ISBAR-menetelmää, hoitotyön ammatilaisen kriittisen ajattelun taito kehittyy ja toimintaehdotusten tekemisestä tulee rutiininomaista ja sen teko muuttuu helpommaksi (Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29).

4.4.1 ISBARIN rakenne

ISBAR rakentuu sanoista Identify (tunnista), Situation (tilanne), Background (tausta), Assessment (nykytilanne) ja Recommendation (toimintaehdotus). Tämän menetelmän avulla olennainen tieto potilaasta saadaan jäsenneltyä selkeään ja tiivistettyyn muotoon. Raportointi etenee yhtenäisesti jokaisen terveydenhuollon ammatilaisen välillä. ISBAR -menetelmän käyttöönottoa helpottavia apuvälineitä ovat muun muassa laminoidut taskukortit, näytönsäästäjät, simulaatioharjoittelu ja ohjetaulut muistin tueksi (Kupari ym. 2012, 29–31.)

Identify eli tunnista: Raportin antaja kertoo nimensä, ammattinsa ja yksikkönsä. Hän tunnistaa potilaan nimen ja henkilötunnuksen perusteella sekä tunnistaa myös raportin vastaanottajan.

Situation eli tilanne: Tässä kerrotaan raportoinnin aihe. Onko potilaan tila kiireellinen vai kiireetön? Tilanne voi olla potilaan siirto yksiköstä toiselle tai vuoronvaihtoraportointi hoitajien työvuoron vaihtuessa.

Background eli tausta: Yhteenveto potilaan nykyisistä ja aikaisemmista sairauksista, jotka vaikuttavat nykyhetkeen, lääkitys, nesteytys, allergiat, hoidot ja ongelmat sekä mahdollinen eristystarve.

Assesment eli nykytilanne: Kerrotaan potilaan vitaalielintoiminnot ja oleelliset, potilaan tilaan liittyvät asiat, kuten voinnin muutokset ja laboratoriotulosten kehitys. Raportin antaja kertoo myös oman arvionsa tilanteesta.

Recommendation eli toimintaehdotus: Tässä vaiheessa raportin antaja tuo esiin toimintaehdotukset potilaan jatkohoidon kannalta, tulossa olevat toimenpiteet ja niitä ennakoivat tutkimukset. Tällöin on myös mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä ja raportin antaja varmistaa tulleen ymmärretyksi. Kiireellisessä tilanteessa vaadittava välitöntä reagoitua. (Kupari ym. 2012, 31; Kupari 2012.)

Raportoitaessa potilaasta on käytettävä selkeitä ilmaisuja. Ennakkoon on selvitettävä potilaan viimeisimmät vitaalielintoiminnot, sairauskertomusmerkinnät, päädiagnoosi, lääkitys, allergiat, nestetasapaino, laboratoriotutkimukset, mahdollinen eristystarve ja hoitolinjaus. Raportin antaja varmistaa tulleen oikein ymmärretyksi annettuaan raportin. Tämä toteutuu sillä, että raportin vastaanottaja toistaa kuulemansa ja epäselvissä asioissa kysyy ja pyytää lisäselvitystä. Viestintää, jossa vastaanottaja toistaa kuulemansa kutsutaan niin sanotuksi suljetun ympyrän viestinnäksi. (Kupari ym. 2012, 30; Kupari 2012.)

ISBAR-menetelmää voidaan käyttää eri tilanteissa suullisessa raportoinnissa, niin kiireellisissä kuin kiireettömissä tilanteissa. Molempiin tilanteisiin on omat ISBAR-muistikorttinsa, jonka avulla suullinen raportointi on johdonmukaista. ISBAR-korttien eroavaisuudet ovat hyvin pienet, kun verrataan kiireetöntä tilannetta ja kiireellistä tilannetta. Raportointi tapahtuu selkeällä kielellä, kiireellisessä tilanteissa vain lyhentäen kaikki oleellinen tieto potilaan tilasta ja nykytilanne (assessment) kohdassa vitaalielintoiminnot käydään läpi ABCDE-kiireellisyysluokituksen mukaisesti. (Kupari, ym. 2012.)

Kiireellisyysluokitusta käytetään potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa, jonka tekee triage-hoitaja ABCDE-luokituksen mukaan. Tämä luokitus on käytössä kaikissa päivystyksellistä hoitoa antavissa paikoissa. (Castrén, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2010, 68.) Osastolla kiireellisyysluokittelua tarvitaan äkillisesti muuttuvissa tilanteissa, jossa potilaan tila jostakin syystä romahtaa ja joudutaan tekemään hoidon arvio tilanteesta. Tällöin potilaan peruselintoimintoja tulee seurata systemaattisesti periaatteiden A, B, C, D ja E mukaan. A (Airway) hengitystiet, B (Breathing) hengitys, C (Circulation) verenkierto, D (Disability) neurologia, tajunnan taso ja E (Exposure) potilaan kehon paljastaminen tarvittaessa. (Niemi-Murola, Jalonen, Junttila, Metsävainio & Pöyhiä 2012, 17.)

4.4.2 ISBARIN käyttö

Uuden menetelmän käyttöönotossa tulee koko henkilöstö sitouttaa toimintaan, jotta käyttö olisi alusta alkaen jokapäiväistä ja tehokasta. Tässä esimiesten tuki ja rohkaisu ovat avainasemassa. Uusien menetelmien käyttöönotossa on aina koettu olevan vaikeuksia, koska vanhasta ja tutusta mallista ei haluta siirtyä pois. Perusmenetelmää voidaan ja kannattaakin muokata osastolle sopivaan muotoon, jotta se palvelee juuri oikein. (Kupari ym. 2012, 30.)

ISBAR-menetelmän käyttö on parantanut potilaiden turvallisuutta, koska potilastiedot esitetään aina samalla tavalla. ISBAR tarjoaa selkeän ja tarkan rungon terveydenhuollon ammattilaisten väliseen kommunikointiin. Tätä menetelmää on kuvattu sanoilla: turvallinen, tehokas, tasapuolinen, nopea ja potilaskeskeinen. Menetelmän käyttö on lisännyt henkilökunnan työtyytyväisyyttä. Henkilökunnan omaksuminen menetelmän käyttöön tapahtui nopeasti. (Haig, Sutton, Whittington 2006, 174–175.)

4.5 Suullisen viestinnän merkitys raportoinnissa

Raportointi on tiedonsiirtoa, jonka onnistumiseksi tarvitaan viestintää. Viestinnän onnistumiseen vaikuttavat osatekijät ovat aktiivinen viestin lähettäjä, tehokas viestintäkanava, joustava vastaanottaja ja viesti itsessään. Hoitohenkilökunta on keskeisessä roolissa tiedon välittämisessä, siirtymisessä ja vastaanottamisessa. (Saranto ym. 2008, 157.)

Viestintä ymmärretään ihmisten väliseksi prosessiksi, jossa merkityksen antaa verbaaliset ja ei-verbaaliset tavat ilmaista viesti. Verbaalinen viestintä on kielellistä viestintää ja ei-verbaaliseen viestintään kuuluu äänen voimakkuus, painotus, sekä äänen sävy, katse, ilmeet, eleet ja käsien liikkeet ja pään asento. Näillä kaikilla on vaikutusta viestin tulkintaan. Nämä edellä mainitut viestintään vaikuttavat tekijät kietoutuvat vahvasti toisiinsa, joita ei voi erottaa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 293–294.) Viestinnän ymmärrettävyyteen vaikuttaa viestittäjän äänensävyt ja puheen ominaisuudet. Selkeällä artikuloinnilla ja rytmyksellä on myös positiivista vaikutusta ymmärrettävyyteen. Tauottamalla puhetta viestittäjä antaa kuuli-joille mahdollisuuden miettiä kuulemaansa. (Perkiö 2008.)

Suullisessa raportoinnissa on keskeisessä osassa myös hoitajien vuorovaikutus- ja viestintätaidot. Raportin antajan selkeys ja loogisuus auttavat vastaanottajaa ymmärtämään saamansa tiedon. Lisäkysymyksillä voidaan tarkentaa ja täydentää raportin sisältöä. Tällä tavoin taataan kaiken oleellisen tiedon siirtyminen. (Lukkari, ym. 2010, 125.)

Hyvässä suullisessa raportoinnissa ammattitaitoinen hoitaja käyttää ammattikieltä. Hoitohenkilökunnan keskuudessaan käyttämää ammattislangia (marsu=MRSA, katikka=katetri, rinkula=Ringer, nakit ja kretsu= natrium ja kreatiniini) ei pidä tuoda esille suullisessa raportointitilanteessa. Tämän on koettu jopa halventavan potilasta ja mahdollisuus väärään tulkintaan on olemassa. (Lukkari, ym. 2010, 125.) Hyvävointisen ja omatoimisen potilaan vointia saatetaan kuvailla sanoilla ”vointi OK”. Tämä kuvailu on epä-

tarkka, jota saatetaan käyttää raporttiajan mahdolliseksi lyhentämiseksi. Näitä tämän kaltaisia yleispäteviä ilmauksia esiintyy enemmän suullisessa raportoinnissa kuin kirjallisessa. (Komi & Tapanainen 2009.)

Nykypäivän yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa korostuu moniammatillisuus ja yhteistyö. Ammattihenkilöiden tarkoituksena on yhteinen pyrkimys eli hyvä hoito ja yhteinen vastuu sen toteutumisessa, yhteistyössä potilaan ja omaisen kanssa. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on potilaan tavoitteiden saavuttaminen. Osaaminen terveyden huollon ammattilaisten välillä on taito hyödyntää toisten tietoja ja taitoja, jossa viestintätaidot korostuvat. (Saranto, ym. 2008, 128.)

4.6 Kirjaamisen merkitys raportoinnissa

Kirjaaminen hoitotyössä on ensiarvoisen tärkeää, jotta voidaan toteuttaa turvallista ja laadukasta hoitoa. Yhtenäisen termistön käyttö helpottaa kirjaamista, koska yksi termi tarkoittaa vain yhtä asiaa, eikä sitä voida sekoittaa muuhun. (Perkiö 2008.) Kirjaamisen on oltava niin selkeää ja kattavaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat saavat sieltä kaiken tiedon, jotta kokonaisvaltaista ja hyvää hoitoa pystytään toteuttamaan (Komi & Tapanainen 2009).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 2:4a §) määritellään, että jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kirjata potilasasiakirjoihin tarpeelliset tiedot, niin potilaan hoidon suunnittelusta, järjestämisestä kuin seurannasta. Suunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Myös henkilökunnan oikeusturvan vuoksi on tärkeää potilastietojen oikeellisuus ja tarkkuus (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010, 755). Kirjaamattomaan tietoon ei voida vedota, eikä luottaa oikeusnäkökulmasta. Asianmukaisella kirjaamisella taataan potilaan ja hoitoon osallistuvien henkilöiden oikeusturva. (Saranto, ym. 2009, 129.)

Jotta pystytään turvaamaan riittävän laadukas ja hyvä hoito, potilastietoihin tulee kirjata virheettömät, tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot. Merkinnoissa on käytettävä selkeää ja ymmärrettävää ammattikieltä, käsitteitä ja lyhenteitä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2016, 42.) Käytettäessä kirjaamisessa lyhenteitä, niiden on oltava yleisesti hyväksyttyjä. Jos potilaan tiedoissa lukee ”kons. lääkäriä” se saattaa tarkoittaa, että lääkäriä on jo konsultoitu tai pitää konsultoida. ”Ilm. potilaalle” kirjauksen merkityksiä voivat olla, että on ilmoitettu, ilmoitetaan tai ilmoitettava. (Haatainen 2015, 11.) Sähköisesti kirjattu potilastieto on eri ammattiryhmien kirjaus potilasta koskevasta hoidosta. Se on välittömästi kaikkien hoitoon osallistuvien nähtävillä. (Saranto, ym. 2009, 129.)

4.7 Raportoinnin kehittäminen

Ruuskanen (2007) on tutkimuksessaan selvittänyt erään sairaalan neljän vuodeosaston hoitohenkilöstön tunnelmia raportoinnin kehittämistoiminnan tuotoksena syntyneestä uudesta raportointikäytännöstä. Tutkimuksen

kohteena olleilla osastoilla on suullisen raportoinnin kehitystyötä tehty vuosia. Tästä huolimatta raportointitilanteet ovat toimineet edelleen samalla tavalla, joten muutosta kaivattiin. Raportointi on henkilökunnan mielestä muuttunut selkeämmäksi ja ytimekkäämmäksi, kun raportoinnille on annettu selkeät ohjeet. Potilaasta kerrotaan vain oleelliset hoitoon vaikuttavat tiedot tiivistetysti ja pitäydytään vain faktatiedoissa. Raportti palvelee nyt enemmän alkavaa työvuoroa, kuin selvittää loppumassa olevan vuoron tapahtumia.

Ammattitaitoisessa raportoinnissa näkyy myös sairaanhoitajien kollegiaalisuus, jonka avulla hoitotyön tavoitteita saavutetaan. Hoidon laadun ja turvallisuuden on todettu välillisesti parantuvan, kun hoitotyöntekijöiden työtyytyväisyys kollegiaalisuuden johdosta lisääntyy. Tavoitteiden saavuttamisen edellytyksenä on yhteisöllisyys työpaikan sisällä. (Kangasniemi, Suutarla, Tilander, Knuutila, Haapa & Arala 2015.)

Riina Heinonen on Pro gradu -tutkielmassaan selvittänyt erään terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnan ajankäyttöä. Tässä tutkielmassa käy ilmi, että hoitohenkilökunnan aikaa välittömään hoitotyöhön kuluu 53,3 %, välilliseen hoitotyöhön 35,6 % ja taukoihin 6,9 %. (Heinonen 2009.) Raportointi on osa välillistä hoitotyötä, jossa työ ei tapahdu potilaan välittömässä läheisyydessä. Kehittämällä ja yhdenmukaistamalla suullista raportointia saadaan mahdollisesti lisää aikaa välittömään hoitotyöhön.

Komi & Tapanainen (2009) tuovat esiin tutkimuksessaan, että suullisen raportoinnin vähentämisellä ja siirtymällä kirjalliseen raportointiin, saadaan vähennettyä kiireen tuntua, jolloin työvuoronsa lopussa olevat hoitajat saavat rauhassa hoitaa keskeneräiset työnsä loppuun, täydentää potilastietoja tai keskittyä välittömään hoitotyöhön. Tämän on koettu vähentävän ylitöiden määrää. Suullista raporttia kuitenkin toivotaan pidettävän silloin, kun hoitaja tulee pitkältä vapaalta tai lomalta. Suullisen raportoinnin muuttaminen osittain hiljaiseksi raportoinniksi on vaikuttanut siihen, että kirjaamisen sisällölliseen puoleen on alettu entistä enemmän kiinnittää huomiota (Saranto ym. 2008, 162).

Laitilan, Leikkolan, Immosen & Pitkäsen (2016, 35) tutkimuksessa pohdittiin, että siirryttäessä suullisesta raportoinnista hiljaiseen raporttiin, on osaston oltava valmiina muutokseen, henkilökunnan olevan tietoinen tulevasta ja se että kaikkien työntekijöiden on oltava sitoutuneita muutokseen. Esimiesten tuki työntekijöille muutostilanteessa on äärimmäisen tärkeää. Muutos edellyttää myös henkilökunnan lisäämistä, jotta kirjaamiselle jää riittävästi aikaa.

Hiljaista raportointia pidetään siinä mielessä ongelmallisena, että sen aikana ei ole mahdollisuutta esittää tarkentavia kysymyksiä potilaasta. Hiljainen raportointi myös vähentää hoitohenkilöstön keskinäistä vuorovaikutusta. (Lukkari, ym. 2010, 124.) Kansliatiloja pidetään rauhattomina ja meluisina paikkoina, joten hiljaiseen raportointiin siirryttäessä tarvitaan muutoksia myös osaston työtiloissa. Hiljainen raportointi vaatii rauhallisen tilan, jossa pystyy keskittymään oleelliseen, eli potilaskertomukseen, sekä

riittävän määrän reaaliaikaisen kirjaamisen mahdollistavia tietokoneita. (Laitila, ym. 2016, 36–37.)

Nykypäivänä teknologia on kehittynyt valtavasti ja potilaan hoitoon osallistuvien ei tarvitse fyysisesti olla samassa paikassa saadakseen välttämättömän tiedon potilaan tilasta. Sähköinen potilasjärjestelmä sekä sähköposti ja erilaiset verkkopalvelut mahdollistavat uudenaikaisen viestinnän, mutta silti hoitotyötä tehdessä korostuu aina potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus ja luottamus. (Saranto ym. 2008, 158.) Edellä on kuvattu raportoinnin kehittämiseen vaikuttavia asioita, joita tulee huomioida, kun osastolla tulevaisuudessa tapahtuu kehitysmuutoksia.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa suulliseen raportointiin sisällöllinen ohje, jota voidaan hyödyntää akuutilla kuntoutusosastolla. Tavoitteena oli suullisen raportoinnin kehittäminen niin, että potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus varmistuvat.

Opinnäytetyötä ohjaavat seuraavat kysymykset:

Mitä hyvä suullinen raportointi sisältää akuutilla kuntoutusosastolla?
Mikä on suullisen raportin sisältö aamu-, päivä- ja iltaraportilla akuutilla kuntoutusosastolla?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toimeksianto saatiin Loimaan akuutti kuntoutusosasto kolmelta. Työ toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää suullisen raportoinnin sisältöä ja tuottaa siihen ohje. Tuotettua ohjetta voidaan hyödyntää akuutilla kuntoutusosastolla. Jotta raportoinnin sisältöön saadaan kaivattua muutosta ja yhdenmukaisuutta, aluksi perehdyttiin aiheesta löytyvään tutkittuun tietoon sekä kirjallisuuteen. Nykyisestä raportointikäytännöstä haettiin konkreettista tietoa tekemällä avoin kirjallinen kysely akuutin kuntoutusosaston henkilökunnalle. Tämän tavoitteena oli saada suullisen raportin sisällöstä ajantasainen kuvausöntekijöiden kertomana.

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnassa ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Työ toteutetaan ja suunnataan ammatilliseen käytäntöön. Sen tulee olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen ja tutkimuksiin pohjautuen toteutettu, jossa näkyy tietojen ja taitojen hallittavuus. Toiminnallisen opinnäytetyön avulla on koettu saavan välineitä teorian ja käytännön yhdistämiseen. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallinen opinnäytetyö kohdennetaan aina jollekin tai jonkun käytettäväksi, koska tarkoitus on selkeyttää toimintaa uuden ohjeen tai ohjeistuksen avulla. Työssä tulee määritellä tarkkaan kohdeympäristö, jolle idea on suunnattu. Teoriaperusta ja teoreettinen viitekehys ovat toiminnallisen opinnäytetyön pohja, jonka perusteella avataan käsitteitä käytäntöön. (Vilkka, ym. 2003, 38–43.) Opinnäytetyö tuotettiin työelämän tarpeisiin, kohdeympäristö huomioiden. Tuotetulla ohjeella pyritään selkiyttämään suullista raportointia akuutilla kuntoutusosastolla.

Raportin kirjoittaminen toiminnallisessa opinnäytetyössä on yhtenäinen ja johdonmukainen kirjallinen tuotos. Työssä näkyy selkeästi lähteiden käyttö ja merkintä, tietoperustasta tarkkarajaiset käsitteet, valintojen ja ratkaisuiden perustelu. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee selvittää mitä, miksi ja miten tekijät ovat sen tehneet. Sekä miten tuloksiin tai johtopäätöksiin on päädytty ja millainen työprosessi kokonaisuudessaan on ollut. (Vilkka, ym. 2003, 65–66.) Ohje raportointiin perustuu valittuun kirjallisuuteen ja tutkimustietoon. Opinnäytetyö on edennyt johdonmukaisesti, jossa on aiheen valinnan jälkeen perehdytty kirjallisuuteen ja avattu työssä käytettyjä käsitteitä.

6.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyön aiheen valinnan jälkeen perehdyttiin aiheeseen ja selvitetiin, mitä aiheesta on aiemmin tutkittu ja mitä tuloksia on saatu. Aineiston haku rajattiin vuosien 2006–2016 välille, jotta tutkimustulokset olisivat mahdollisimman ajantasaisia. Lähteinä käytettyjen materiaalien suhteen tulee olla kriittinen. Opinnäytetyössä pyrittiin siihen, että lähteinä käytetään alkuperäisiä tekstejä. Opinnäytetyön oikeanlaisiin lähdeviitteisiin ja -merkintöihin kiinnitettiin huomiota.

Opinnäytetyön teoreettinen tausta perustuu tutkittuun tietoon ja kirjallisuuteen. Suomenkielistä lähdekirjallisuutta ja -tutkimuksia haettiin sähköisesti käyttämällä viitetietokantoja Medic, Melinda ja Finna. Hakusanoina käytettiin suulli* raportoi*, hoitotyö, turvalli*, kirjaam*. Hakutuloksia löytyi 120, joista työhön valikoitui 11. Mukaan otettiin pro gradu -tutkielmia, tieteellisiä julkaisuja ja artikkeleita sekä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Englannin kielisiä hakuja tehtiin Chinal-viitetietokannasta ja hakusanoina käytettiin suomenkielisten sanojen englanninkielisiä vastineita, kuten oral*, report* ja nursin*. Valtion säädöstietopankista, Finlexistä, haettiin lait ja asetukset, joihin työssä on viitattu. Teoriaa haettiin Tutkiva hoitotyö -lehdistä. Opinnäytetyöhön haettiin tietoa myös manuaalisella google-hakukoneella. Tätä kautta löytyneiden lähteiden luotettavuutta kyseenalaistettiin ja tarkasteltiin kriittisesti.

6.3 Kyselyn toteutus ja tulokset

Osaston henkilökunnalle tehtiin kyselylomake (liite 2), joka sisälsi kolme avointa kysymystä. Lomakkeen kysymykset jaettiin aamu-, päivä- ja iltaraporttiin. Kyselyn avulla haluttiin kartoittaa, mitä tietoa raportin aikana välittyy raportin antajalta vastaanottajille sekä heidän kokemuksiaan ra-

portoitavan tiedon sisällöstä. Avoin kyselylomake jätettiin osastolle saatekirjeen (liite 1) kera. Kirjeen yhteyteen liitettiin palautuskuoria, jotta kyselyn voi palauttaa salaisena.

Akuutilla kuntoutusosastolla on hoitajia yhteensä 23, joista yhdeksän osallistui kyselyyn. Vastaukset kirjoitettiin yksitellen auki, jonka jälkeen haettiin vastauksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Kyselyn tulosten esittämisessä käytetään vastaajien alkuperäisiä ilmauksia. Lomakkeet hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Tulosten mukaan aamuraportilla tarvitaan tietoa lyhyesti yön tapahtumista. Osastolle yön aikana tulleista uusista potilaista on tarpeen kertoa tarkempi raportti, jossa ilmenee syy osastolle tuloon. Osastolla jo olleista potilaista riittää aamulla kerrottavaksi hoitamisen kannalta oleelliset tiedot, jotka vaikuttavat aamun toimintaan. Oleellisiin tietoihin kuuluvat edellisen päivän lääkärin määräykset ja tulevalla lääkärin kierrolla huomioitavat asiat sekä osastolta kyseisen päivän aikana kotiutuvat potilaat.

Hoitaja, joka on ollut edellisenä iltana työvuorossa ja tulee seuraavana aamuna työvuoroon voi tarvittaessa täydentää yöhoitajan raporttia. Suullisen raportoinnin lisäksi toivottiin mahdollisuutta hiljaiseen raportointiin vapaapäiviltä työvuoroon tuleville hoitajille sekä tarpeen tullen myös muille hoitajille.

Vapailta aamuun tullee hoitajalle pelkkä ”nukkunut” ei riitä.
Aamun polttavat uutiset ja yön kuulumiset.

Päivällä työvuoron vaihtuessa pidettävällä raportilla käydään läpi kaikkien potilaiden vointi ja siinä mahdollisesti tapahtuneet muutokset. Osastolle tulleista uusista potilaista ja aamupäivän lääkärinkierrolla esille tulleista potilasasioista on raportoitava tarkemmin. Näihin potilasasioihin kuuluvat lääkitys, jatkohoitosuunnitelmat sekä laboratorio- ja muut mahdolliset tutkimukset. Lisäksi kerrotaan, miten edellä mainitut lääkärin määräykset on toteutettu.

Potilaiden lääkityksen kannalta on oleellista mainita käyttöön tulleet uudet lääkkeet. Myös tauotetuista ja lopetetuista lääkkeistä kerrotaan sekä näiden toimenpiteiden taustalla olevat syyt ja seuraukset on huomioitava. Raportointitilanteen tulee olla rauhoitettu, jolloin raportin pitäjää ei turhilla keskeytyksillä häiritä.

Iltaraportilla kerrotaan yövuoroon tuleville hoitajille tärkeimmät potilaan vointiin ja voinnin muutoksiin liittyvät tiedot. Yön aikana potilaalle annettavasta lääkehoidosta kerrotaan sellaiset tiedot, joiden avulla yön aikainen hoito voidaan toteuttaa turvallisesti. Lisäksi mainitaan lyhyesti päivän kuulumiset sekä seuraavana päivänä kotiutuvat potilaat, jotta yövuoro voi valmistella kotiutusta.

Tiedot, jotka tarvitaan yöksi.
Turhat lätinät sikseen, yöhoitajilla on aikaa perehtyä teksteihin.

Tuloksissa ilmeni asioita, joita raportilla ei koeta tarpeellisiksi. Sellaista tietoa ei tarvita, joka on kaukana tulevaisuudessa, kuten tutkimukset, toimenpiteet tai kotiutuminen osastolta. Myöskään potilaiden koko lääkelistaa ei ole syytä luetella. Potilaan päivittäisistä toiminnoista, joissa ei ilme-ne poikkeavuuksia, kertomisen voi jättää vähemmälle.

Turhat löpinät pois, puhutaan vain asiaa!

Raportointi on taitolaji, ei liian suppea, eikä liian pitkä.

6.4 Tuotos

Potilasturvallisuutta voidaan lisätä käyttämällä yhtenäisiä toimintatapoja raportointitilanteissa (Peltomaa 2013, 108–110). Avoimen kyselyn tulok-sena ja kirjallisuuskatsauksen perusteella koottiin suullisen raportoinnin tueksi yleisiä ohjeita (kuva 1) ja tarkistuslista (kuva 2, s.17.) joita voidaan hyödyntää aamu-, päivä- ja iltaraporteilla. Yleisen ohjeen tarkoituksena on kertoa tiivistetyssä muodossa mitä tulee huomioida suullista raportointia toteutettaessa ja miten raportti etenee sujuvasti.

OHJEITA SUULLISEEN RAPORTOINTIIN

- raportointiympäristö rauhoitetaan
- vastuuhoitaja pitää suullisen raportin
- potilaspaikkalomake tukee suullista raportointia
- raportin vastaanottaja tekee itselleen muistiinpanoja
- raporttoitaessa käytetään ammattikieltä, ei slangia
- suullinen raportti perustuu kirjattuun tietoon
- potilastiedot esitellään aina saman rakenteen mukaan
- tarkistuslistan mukainen rakenne antaa yhdenmukaisen sisällön suulliseen raportointiin
- raportointi keskittyy potilaan hoitotyön toteutukseen
- raportointi sisältää hoidon toteutuksen tärkeimmät asiat
- uusista potilaista annetaan tarkka raportti tarkistuslistan mukaisesti
- osastolla jo olleista potilaista riittää hoidossa ja voinnissa tapahtu-neet muutokset

Kuva 1. Yleisiä ohjeita raportointiin

Tarkistuslista antaa raportille rakenteen ja on hyvä tuki ja työkalu päivit-täisessä raportoinnissa. Tarkistuslista sisältää toimintoja ja kriteereitä, jot-ka tulee käydä läpi systemaattisesti annettaessa suullista raporttia. Listassa on potilasturvallisuuden kannalta tärkeät kohdat, joita sovelletaan jokaisen potilaan kohdalla sopivaksi. Tarkistuslista muokataan organisaation toi-minnalle sopivaksi. Sen pitää olla helppolukuinen ja pituudeltaan sopivan lyhyt käytettäväksi. (Peltomaa 2013, 108–110.) Suullisen raportoinnin tar-kistuslistaa tehtäessä, huomioitiin akuutin kuntoutusosaston tarpeet rapor-toinnin suhteen.

Tarkistuslistan tavoitteena on virheiden vähentäminen, hoitotyön turvallisuuden ja laadun parantaminen sekä osaston toiminnan yhdenmukaistaminen. Systemaattisesti käytettynä tarkistuslista edistää avointa kommunikatiota ja yhteistä tilannetietoisuuden muodostumista. (Peltomaa 2013, 108–110.) Käytön eduiksi on koettu muun muassa potilasturvallisuuden, kommunikoinnin ja tiedonkulun paraneminen sekä huolellisuuden ja tarkkuuden lisääntyminen (Suomen potilasturvallisuusyhdistys 2014).

Tarkistuslista koostuu viidestä pääkohdasta, jotka on nimetty seuraavasti: tunnista, tilanne, tausta, nykytilanne ja toimintaehdotus. Tarkistuslistan muoto mukailee perinteistä Sairaanhoidajaliiton ISBAR-tarkistuslistaa. ISBAR-menetelmään perustuva tarkistuslista antaa suulliseen raportointiin hyvän rungon. Tarkistuslistan avulla kaikki potilaan hoitoon liittyvät oleelliset asiat tulee käytyä tietyssä järjestyksessä läpi. Kun raporttia pidetään, on hyvä ottaa seuraavia asioita huomioon raportin onnistumiseksi.

TARKISTUSLISTA	
TUNNISTA	<ul style="list-style-type: none"> *Potilaan -nimi -ikä -henkilötunnus
TILANNE	<ul style="list-style-type: none"> *Tulosy osastolle
TAUSTA	<ul style="list-style-type: none"> *Nykyiset sekä aikaisemmat sairaudet *Hoidossa huomioitavat asiat *Lääkitys *Allergiat, ruokavalio, eristys *Toimintakyky, apuvälineet *Asumisolosuhteet -kotihoito
NYKYTILANNE	<ul style="list-style-type: none"> *Oleelliset potilaan hoitoon liittyvät asiat *Vointi *Vitaalielintoiminnot *Kipu *Eritys
TOIMINTA-EHDOTUS	<ul style="list-style-type: none"> *Suunnitelma *Hoidon tavoitteet *Varmistus, kysymykset

Kuva 2. Tarkistuslista raportointiin

Tunnista: Raportoinnin aluksi kerrotaan potilaasta nimi, henkilötunnus ja ikä, jotta virheen mahdollisuutta ei tule potilaan tunnistamisessa.

Tilanne: Tilannetietoina kerrotaan syy, miksi potilas on osastolle hoitoon tullut.

Tausta: Uudesta potilaasta taustatietoina kerrotaan nykyiset ja aikaisemmat hoitoon vaikuttavat sairaudet. Hoidossa ja siinä mahdollisesti ilmenevät pysyvät taustatekijät tuodaan myös raportilla esille. Näitä taustatekijöitä ovat esimerkiksi trakeostomia, avanne, peg-letku. Potilaan lääkitys on oleellista tietoa, jotta kotilääkitykseen tulleet muutokset tulee huomioitua. Potilaan hoitoon vaikuttavat mahdollisesti myös allergiat, ruokavalio ja eristyksen tarve. Jokaisen potilaan kohdalla on huomioitava toimintakyky ja siinä tarvittavat apuvälineet, jotta kuntouttavan hoitotyön avulla toimintakyky pysyy ennallaan tai paranee. Osastolle tulovaiheessa on jo hyvä selvittää potilaan asumisolosuhteet, jotta voidaan suunnitella tulevaa kotiutusta ja mahdollista avun tarvetta kotona.

Nykytilanne: Kerrotaan potilaan hoitoon oleellisesti liittyvät asiat kokonaisvaltaisesti, jolloin päivittäinen hoito saadaan vastaamaan asetettuja hoitotyön tavoitteita. Kokonaisvaltainen raportointi sisältää päivittäiset hoitotyön toiminnot, kuntoutuksen ja lääketieteellisesti lääkärin määräykset. Vitaalielintoiminnoilla tarkoitetaan niitä seikkoja, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon oleellisesti, kuten verenpaine, pulssi, lämpö ja happisaturoatio. Potilaan vointi ja siinä tapahtuneet muutokset sekä kivun hoito ovat tärkeitä raportoitavia asioita, jolloin hoitoa voidaan tarpeen mukaan muuttaa. Erittämisellä tarkoitetaan vatsan toimintaa ja virtsaamista sekä hikoilua.

Toimintaehdotus: Potilaan hoitotyötä tehdään asetettujen hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi, jotka on laadittu potilaan osastolle tulovaiheessa. Tässä vaiheessa myös raportin vastaanottajat voivat tehdä tarkentavia kysymyksiä ja selvittää epäselviksi jääneitä asioita raportin pitäjältä.

Tarkistuslistan kokoa suunniteltiin ja muokattiin moneen otteeseen. Lopullisen version kokoon vaikutti se, että listan on mahdollista hoitajan työtakin taskuun. Listan pääkohdat on korostettu värein ja väliviivoin jolloin pääkohdat erottuvat toisistaan. Pääotsikot on kirjoitettu suuraakkosin ja lihavoitu, näin ne erottuvat muusta tekstistä. Fontiksi tarkistuslistaan valittiin Calibri ja fonttikooksi 12. Pääotsikoiden alapuolelle on avattu tarkemmin otsikon sisältö ja tekstit on erotettu toisistaan *-merkillä.

Tarkistuslista esiteltiin ja käytiin läpi akuutin kuntoutusosasto kolmen osastotunnilla henkilökunnan kanssa. Valmis tarkistuslista tulostettiin useana kappaleena osaston henkilökunnalle. Kappaleet laminoitiin, jotta hygieenisuus säilyy ja tarkistuslista kestää käytössä pidempään. Tarkistuslista oli tarkoituksena olla työvuorossa olevalla vastuusairaanhoitajalla käytössä. Tarpeen tullen osastolla voidaan kopioida lisäkappaleita.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen oli prosessina vaativa ja pitkä. Työn tekijöillä oli omakohtaista kokemusta suullisesta raportoinnista. Raportointi on taitolaji, jonka pitäisi edetä yhdenmukaisesti ja turvallisesti. Suullinen raportointi on hoitotyössä eettisesti hyvin tärkeä ja ajankohtainen aihe. Aktiivisen potilastietojen sähköisen kirjaamisen pohjalta suullisen raportoinnin kehittäminen on keskeisessä osassa sairaanhoitajan työtä. Hoitotyössä potilasta koskevan tiedon on siirryttävä luotettavasti ja potilaan yksityisyyttä kunnioittaen eteenpäin työvuorosta seuraavaan.

7.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia ohje suullisen raportoinnin sisällön kehittämiseen. Työn haluttiin olevan tiiviisti yhteydessä työelämään ja sen tarpeisiin. Akuutilla kuntoutusosastolla raportointikäytännöt eivät ole olleet yhdenmukaiset, joten tästä saatiin opinnäytetyölle aihe. Työn suunnitelma hyväksyttiin helmikuussa 2016. Opinnäytetyön tavoitteena oli suullisen raportoinnin kehittäminen varmistamalla potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus. Tämän pohjalta päädyttiin kehittämään osastolle yleisohje raportoinnin tueksi sekä tarkistuslista raportin sisältöön. Työn tuotoksina tehty ohje ja tarkistuslista ovat hyödynnettävissä päivittäisessä hoitotyössä. Työn valmistumiselle asetettiin tavoite joulukuuhun 2016. Opinnäytetyö eteni suunnitellun aikataulun mukaan ja tieto työn tarpeellisuudesta lisäsi sen tekemisen mielekkyyttä.

Teoreettista viitekehystä kerättiin alan kirjallisuuteen tutustuen. Valittuun kirjallisuuteen vaikutti mahdollisuus käyttää alkuperäisiä julkaisuja. Toissijaisina lähteinä käytettyjä tietoja pyrittiin välttämään, koska tällainen tieto on alkuperäisestä lähteestä johdettua tulkintaa. Lähteiden laatua ja niiden soveltuvuutta osaksi opinnäytetyötä tulee arvioida. (Vilkka & Airaksinen 2003, 73–76.) Teoriatiedon keräämistä johdatti työlle asetetut kysymykset, joihin haettiin vastauksia.

Työn toimeksiantajan nykyinen raportointikäytäntö kartoitettiin avoimella kirjallisella kyselyllä. Osaston henkilökunnalle osoitettu kysely toimitettiin osastolle saatekirjeen kera. Työn luotettavuuden uskottiin lisääntyvän sen johdosta, että kyselyyn osallistuneet henkilöt olivat akuutin kuntoutusosastolla työskenteleviä hoitajia. Opinnäytetyön tekijät eivät olleet läsnä henkilökunnan vastatessa kyselyyn, joten johdattelulta vastaamisesta välttyttiin. Kyselyiden vastaukset olivat suoraan henkilökunnan itsensä kertomaa.

Teoriatiedon ja avoimen kyselyn avulla kehitettiin yleisohje suulliseen raportointiin ja tarkistuslista suullisen raportin rakenteen tueksi. Yleisohjeessa on tiiviisti kerätty oleellinen tieto siitä, miten raportilla toimitaan. Tarkistuslistan avulla raportin antaja etenee loogisesti raportoidessaan potilaasta. Lista antaa sisällöllisen rakenteen raportille. Suomen Sairaanhoitajaliitto suosittaa raportoinnin kehittämistä hoitotyössä. Liitto on tehnyt suomenkielisen ohjeen ISBAR-menetelmän käytöstä ja laatinut mallikortit kiireettömään ja kiireelliseen potilaan vointiin liittyvien asioiden rapor-

tointiin. Osaston toimintaan sopivaksi muokattu tarkistuslista pohjautuu Sairaanhoidtajaliiton mallikortteihin.

7.2 Raportoinnin kehittäminen ja oma kehittyminen

Suullisen raportoinnin sisällölle annettavan ohjeistuksen on koettu helpottavan raportointia sekä antajan että vastaanottajan näkökulmasta. Ohjeistuksen avulla raportointia saadaan myös yhdenmukaiseksi ja johdonmukaiseksi. (Komi & Tapanainen 2009.) Laitila ym. (2016, 33) ovat tutkimuksessaan todenneet, että raportointitavat vaihtelevat paljonkin. Tutkimuksen mukaan vielä ei pystytä määrittämään, mikä on parhain ja tehokkain raportointimuoto, koska asian tiimoilta ei ole tehty riittävästi tutkimuksia.

Tuloksellinen kehittämistyö vaatii organisaatiolta toimintakulttuurista hyvää tukea, moniammatillista yhteistyötä, toimintojen selkeyttämistä ja päällekkäisten työtehtävien vähentämistä laadun ja turvallisuuden kannalta. (Peltomaa 2013, 108–110.) Tämän perusteella tarkistuslistan käyttöönotto osastolla ei tapahdu hetkessä, vaan vaatii joustavuutta ja yhteistyötä sekä työntekijöiltä että johdolta. Kansainvälisen sairaanhoidtajaliiton (International Council of Nurses ICN) eettisten sääntöjen edellytyksenä on hoitotyön kehittäminen ja ammattitaidon ylläpitäminen. Sairaanhoidajan kriittinen asenne hoitotyön vaikuttamisessa edellyttää tietämystä siitä, mihin asetetulla tavoitteella pyritään. (Sarvimäki & Stenbock-Hult. 2009, 107.)

Opinnäytetyön edetessä oma tietämyksemme aiheesta lisääntyi tekemisen myötä. Parityönä toteutettuna opinnäytetyö vaatii yhteistyötä, kompromisseja ja joustavuutta ajankäyttöön. Opinnäytetyön tekeminen on pitkä prosessi, jonka myötä opimme tiedonhakua, prosessimaista työskentelyä sekä teorian tiedon tuomista käytäntöön. Yhteistyönä tehtynä kummankin tekijän osaaminen tuli esille keskustelujen myötä ja työtä tehtiin tasapuolisesti. Kyseenalaistimme toistemme ajatuksia, jolloin esiin tuli uusia näkemyksiä aiheesta. Työtä tehdessä huomattiin raportoinnissa olevan paljon yksityiskohtia, joihin ei välttämättä tule kiinnitettyä huomiota. Raportoinnin aikana keskittyminen kohdistuu potilaaseen ja hänen hoitoonsa, eikä tule mietineeksi, kuinka viestintä vaikuttaa raportointiin.

Tarkistuslistan käyttöönoton oletetaan tuovan osastolle uutta ajateltavaa ja mielekkyyttä hoitotyön toteuttamiseen. Ohjeen ja tarkistuslistan odotetaan luovan myönteistä asennetta mahdolliseen muutokseen ja halua uudistaa osaston suullista raportointikäytäntöä näiden avulla. Yhdenmukaisen rakenteen avulla toivomme ajankäytön säästön näkyvän positiivisena voimavarana kuntoutusosastolla. Tällä keinoin välittömään hoitotyöhön pyritään saamaan lisää resursseja.

Avoimen kirjallisen kyselyn tuloksissa nousi esille hiljaisen raportoinnin mahdollisuus. Työn edetessä kuitenkin päädyimme siihen, että kehitetään osastolle yhtä uutta tilannetta kerrallaan, kaikkea raportoinnissa ei voida muuttaa samaan aikaan. Hiljaisen raportoinnin mahdollisuutta ei nähdä

tässä vaiheessa tarpeelliseksi kehittää. Päädyimme suullisen raportoinnin sisällön kehittämiseen tarkistuslistan avulla.

7.3 Kehittämisehdotukset

Suullinen raportointi tulee jatkumaan osastolla. Opinnäytetyön tuotoksena raportille laadittiin yleinen ohje ja sisällölle yhdenmukainen rakenne, joka muokkautui tarkistuslistaksi. Näiden avulla raportointi keskittyy oleellisen tiedon siirtoon hoitajalta toiselle ja työvuorosta toiseen. Yhdenmukaistamalla suullista raportointia parannetaan potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta osastolla.

Ohje ja tarkistuslista annettiin käyttöön osastolle. Kun ne otetaan osaston käyttöön, voidaan myöhemmässä vaiheessa kehittämisaiheena selvittää laaditun ohjeen ja tarkistuslistan käyttöönottoa osastolla. Tällöin voisi selvittää miten ne ovat yhdenmukaistaneet raportointikäytäntöjä ja miten suullisen raportoinnin kehittyminen on näkynyt ajan käytössä. Tulevaisuudessa hiljaisen raportoinnin mahdollisuutta osastolla voisi miettiä, mutta tähän samaan muutokseen emme sitä halunneet tuoda mukaan.

LÄHTEET

- Aaltonen, L. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2010. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Eloranta, A. 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Haatainen, K. 2015. Kirjaaminen ja potilasturvallisuus. Haava 3, 11.
- Haig, K., Sutton, S. & Whittington, J. 2006. SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. PDF-dokumentti. Viitattu 10.10.2016.
<https://ps.mcic.com/appdocs/lps/SBAR%20Jt%20CommJournal%20Mar06.pdf>
- Heinonen, Riina. 2009. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö terveyskeskuksen vuodeosastolla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hoffrén, P., Huovinen, H. & Mykkänen, M. 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 75/2011. Kuopio: Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo.
- Kangasniemi, M., Suutarla, A., Tilander, E., Knuutila, M., Haapa, T. & Arala, K. 2015. Sairaanhoitajien kollegiaalisuus: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 13 (1) 35–43.
- Kaila, M., Niemi-Murola, L. & Kauppi, P. 2014. Näyttöön ja osaamisen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta. Duodecim.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin, hoitotyön käsikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Komi, M. & Tapanainen, M. 2009. Hoitotyön suulliset raportointikäytännöt keuhkosairauksien sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastolla Seinäjoen keskussairaalassa. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö YAMK.
- Kupari, P. 2012. ISBAR-menetelmä, tiedonkulun turvaaminen potilaasta raportoidessa/ konsultoidessa. Viitattu 16.10.2016.

<https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/isbar-menetelma-kupari.pdf>

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. *Sairaanhoitaja* (3).

Laitila, M., Leikkola, P., Immonen, E. & Pitkänen, A. 2016. Hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytykset erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla: hoitohenkilökunnan näkemyksiä. *Tutkiva hoitotyö* 14 (2) 33–39.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/ 785. Lainsäädäntö. Ajantasainen lainsäädäntö. Vuosi 1992. Viitattu 13.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P4a>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/ 559. Lainsäädäntö. Ajantasainen lainsäädäntö. Vuosi 1994. Viitattu 13.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P17>

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. Lainsäädäntö. Säädökset alkuperäisinä. 2010. Viitattu 13.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>

Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. *Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja A nro 11*, 2012. Viitattu 14.10.2016. <http://www.vssh.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/A-nro-11-2012.pdf>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Loimaa 2016. *Terveyspalvelut. Akuuttikuntoutusosastot*. Viitattu 6.10.2016. <http://loimaa.fi/akuutit-kuntoutusosastot>.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, Ritva. 2010. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Läkelaki 10.4.1987/ 395. Lainsäädäntö. Ajantasainen lainsäädäntö. Vuosi 1987. Viitattu 13.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki: Duodecim.

Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhä, R. 2012. *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Helsinki: Duodecim.

Nursetogether 2012. *Making an effective and professional nursing end-of-shift report*. Referenced 28.9.2016.

<http://www.nursetogether.com/making-effective-and-professional-nursing-end-shift-report>

Peltomaa, K. 2013. Laadunhallinnan keinoja terveydenhuoltoon – potilasturvallisuuden varmistaminen tarkistuslistoilla. Teoksessa Gröndahl, W. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Potilaslähtöinen hoidon laatu – näkökulmia arviointiin. Turun yliopisto.

Perkiö, A. 2008. Suullinen ja kirjallinen viestintä hoitotyössä – potilaan hoidon jatkuvuus päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastolle. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Terveystietotiede. Pro gradu -tutkielma.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/ 585. Lainsäädäntö. Ajantasainen lainsäädäntö. Vuosi 1986. Viitattu 13.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen - kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oy.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

Suomen potilasturvallisuusyhdistys 2014. Potilasturvallisuuden työkaluja. Viitattu 11.10.2016. http://77.86.226.93/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/akm_Potilasturvallisuuden_tyokalut_2014.pdf

Tamminen, J. & Metsävainio, K. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest 48 (4). Viitattu 9.9.2016. http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/ 1326. Lainsäädäntö. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 6.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2011. Potilasturvallisuusopas. Viitattu 30.9.2016. <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas201115.pdf>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL 2014. Aiheet. Laatu ja potilasturvallisuus. Potilasturvallisuus. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 8.2.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Vardaman, J., Cornell, P., Gondo, M., Amis J., Townsend-Gervis, M. & Thetford, C. 2012. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

WHO. 2012. Action on Patient Safety - High 5s. Viitattu 4.10.2016. <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>

HAASTATTELUT

Norri, S. 2016. Apulaisosastonhoitaja. Loimaa. Akuutti kuntoutusosasto 3. Haastattelu 28.10.2016.

SAATEKIRJE OSASTOLLE

4.9.2016

Hei!

Olemme kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyönä teemme osastollenne ohjeistuksen suullisen raportoinnin sisällön kehittämisestä, jossa erotellaan aamu-, päivä- ja iltaraportti. Työn tarkoituksena on tuottaa ehdotelma jatkossa osaston käyttöön. Nyt haluaisimme kuulla teidän mielteitä ja ajatuksia tämän hetkisestä raportointi käytännöstä ja sen sisällöstä. Tämän avulla kartoitamme nykytilanteen akuutilla kuntoutusosastolla.

Ystävällisesti pyydämme teitä osallistumaan ja vastaamaan muutamiin kysymyksiin nimettöminä. Aineistoa ei käytetä liitteenä opinnäytetyön lopuraportissa, vaan vastaamaan osaston nykyistä käytäntöä suullisen raportin sisällöstä. Aineisto hävitetään työn valmistuttua.

Vastauksia pyydämme 16.9.2016 mennessä oheiseen kuoreen. KIITOS!

Ystävällisin terveisin

Anne Kanerva

anne.kanerva@student.hamk.fi

050 531 3069

Essi Rantasalo

essi.rantasalo@student.hamk.fi

044 278 0039

AVOIN KYSYMYSLOMAKE

Suullista raportointia koskevat kysymykset

Vastaajan ammattinimike:

Kerro mielipiteesi nykyisestä suullisesta raportista.

-mitä tietoa välittyy, onko jotain ylimääräistä, mitä lisättävää olisi?

1) Aamuraportti

2) Päiväraportti

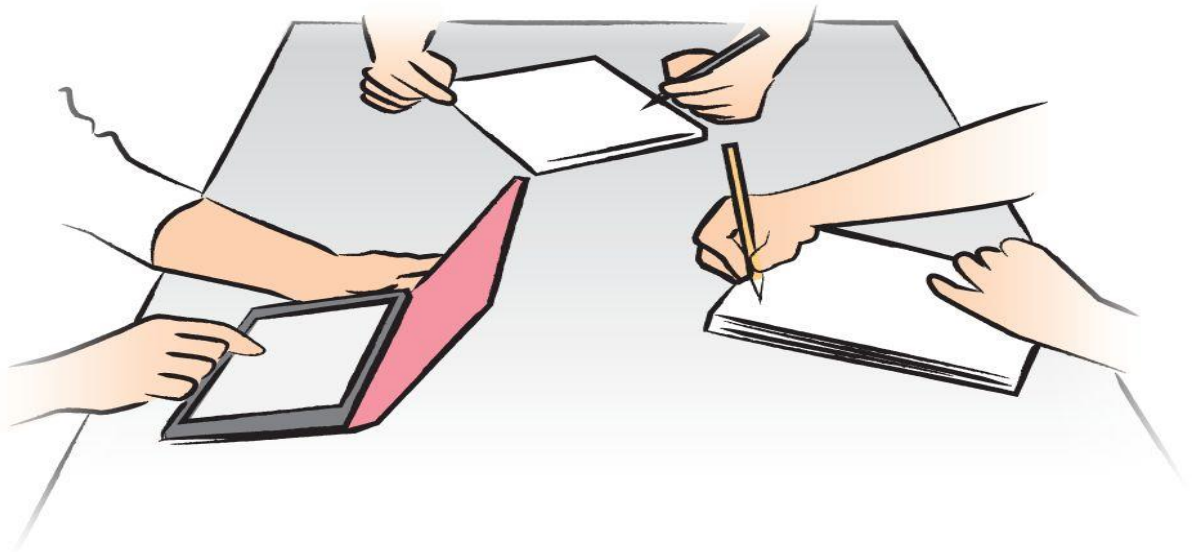
3) Iltaraportti

jatka tarvittaessa kääntöpuolelle

Yleisiä ohjeita raportointiin

OHJEITA SUULLISEEN RAPORTOINTIIN

- raportointiympäristö rauhoitetaan
- vastuuhoitaja pitää suullisen raportin
- potilaspaikkalomake tukee suullista raportointia
- raportin vastaanottaja tekee itselleen muistiinpanoja
- raportoitaessa käytetään ammattikieltä, ei slangia
- suullinen raportti perustuu kirjattuun tietoon
- potilastiedot esitellään aina saman rakenteen mukaan
- tarkistuslistan mukainen rakenne antaa yhdenmukaisen sisällön suulliseen raportointiin
- raportointi keskittyy potilaan hoitotyön toteutukseen
- raportointi sisältää hoidon toteutuksen tärkeimmät asiat
- uusista potilaista annetaan tarkka raportti tarkistuslistan mukaisesti
- osastolla jo olleista potilaista riittää hoidossa ja voinnissa tapahtuneet muutokset



TARKISTUSLISTA	
TUNNISTA	<ul style="list-style-type: none"> *Potilaan -nimi -ikä -henkilötunnus
TILANNE	<ul style="list-style-type: none"> *Tulosyy osastolle
TAUSTA	<ul style="list-style-type: none"> *Nykyiset sekä aikaisemmat sairaudet *Hoidossa huomioitavat asiat *Lääkitys *Allergiat, ruokavalio, eristys *Toimintakyky, apuvälineet *Asumisolosuhteet -kotihoito
NYKYTILANNE	<ul style="list-style-type: none"> *Oleelliset potilaan hoitoon liittyvät asiat *Vointi *Vitaalielintoiminnot *Kipu *Eritys
TOIMINTA-EHDOTUS	<ul style="list-style-type: none"> *Suunnitelma *Hoidon tavoitteet *Varmistus, kysymykset